

別 記

様式第1号（第5条関係）

在宅重度心身障害者等紙おむつ給付申請書

年 月 日

（あて先）白子町社会福祉協議会長

紙おむつ等の給付を受けたいので、申請します。

対 象 者	フリガナ		生年月日	年 月 日 (歳)
	氏 名			
	住 所	白子町		
	連 絡 先	電 話 番 号	— —	
		携帯電話など平日・日中の連絡先	— —	
	障 害 程 度	身体障害者手帳	1 級 ・ 2 級	
		療 育 手 帳	㊤ ・ ㊤の1 ・ ㊤の2 ・ Aの1 ・ Aの2	
		精神障害者保健福祉手帳	1 級	
	難病の 患 者	特定医療費（指定難病） 受 給 者 証	病名 ()	
	各種手帳・受給者証の原本を添付してください。			

記 入 者	<input type="checkbox"/> 対象者が記入（以下記入不要）		<input type="checkbox"/> 親族等による記入（以下に記入）	
	フリガナ		対 象 者 との関係	対象者から見て
	氏 名			
	住 所	<input type="checkbox"/> 対象者住所と同じ（記入不要） <input type="checkbox"/> 対象者住所と異なる（以下に記入）		
	連 絡 先	電 話 番 号	— —	
携帯電話など平日・日中の連絡先		— —		

対象者本人は、失禁状態にあり、常におむつの利用が必要な状態にあることを誓約します。

対 象 者 氏 名 _____ (※)

配偶者または扶養義務者 氏 名 _____ (※)

(※) 本人が手書きしない場合は、記名押印してください。